

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11409 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TALI HICHAM

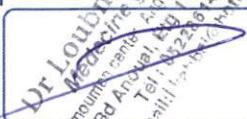
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066430441 Total des frais : 20 + 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2021

Nom et prénom du malade : TALI HICHAM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OTIS hyp. ie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le 06/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ASA DAB

VOI ET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/01/2022 | | | 200.00 | INPE 091191981 |
| | | | | INPE 091191981 |
| | | | | INPE 091191981 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture L. Abédioune et Bofri E-mail: |
|--|---|---|
|   22/05/2016 |  |  |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

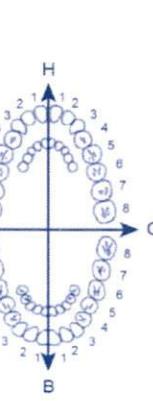
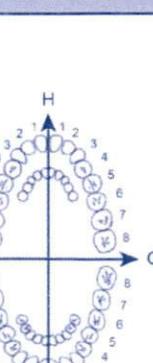
VOLET ADHÉSIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|---|----------|----------|-------------------|--|--|------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | | | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 11433553 | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique
- CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie
- Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle
- Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

الدكتورة لبني قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة
- التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري
- كلية الطب مونتبولي
- دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم
- كلية الطب سترايسبوغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 06/04/2021

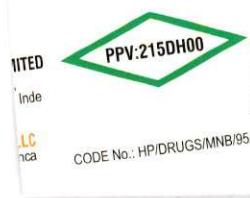


MR TALIQ HICHAM

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

215 /
• Raciper 40 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 2 mois avant petit déjeuner



CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

PHARMACIE M.E.R.E.UX
Noureddine 15A
Docteur Loubna Kabbaj
311.80 Abdelmoumen
Télé: 22 45 15 7654

Dr Loubna KABBAG
Abdelmoumen center
et Bd Anoual, Angle Bd Abdelmoumen
E-mail: l.kabbaj@hotmail.fr
Tel: 0522 861 093
1er étage, bureau 109